

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

323

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Lazare ALTAR

Né le 12 Décembre 1909, à JASSY (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
TUBERCULOSE PUBIENNE
(OSSEUSE ET OSTÉO-ARTICULAIRE)

Président : M. CUNEO, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Lazare ALTAR

Né le 12 Décembre 1909, à JASSY (Roumanie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
TUBERCULOSE PUBIENNE
(OSSEUSE ET OSTÉO-ARTICULAIRE)

Président : M. CUNEO, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1937

I. — Professeurs

MM.	
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TUFTNEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL.
	LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maur. VILLARET.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	Marcel LABBE.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIER.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	SERGEANT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANÇON.
Clinique cardiologie	MATHIEU.
	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
AMELINE.....	Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART	
BARIETY	Pathologie médicale.	D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
BENARD Henri	Pathologie médicale.	DE GENNES...	Pathologie médicale.
BERNARD Et...	Pathologie médicale.	GAYET	Physiologie.
BESANÇON (J.)	Hydrologie.	GIROUD	Histologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
CATHALA	Pathologie médicale.	HAZARD	Pharmacologie.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.
COSTE	Pathologie médicale.	JOANNON	Hygiène.
DOGNON	Physique.	LACOMME	Obstétrique.
FEY	Urologie.	LANTUEJOUL..	Obstétrique.
FUNCK		LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
BRENTANOP	Pathologie chirurgicale.	LELONG	Pathologie médicale.
GAILLARD	Parasitologie.		
GASTINEL	Bactériologie.		

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{lle} J.)..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN.....	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) .	Ophtalmologie.
RICHT	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT.....	Physiologie.
GUENIOT.....	Obstétrique.

MM.

LARDENNOIS....	Pathologie chirurgicale.
LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU-	
LEMAIRE ...	Parasitologie.
PHILIBERT ...	Bactériologie.
VAUDESCAL.....	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR.....	
LIAN	
PASTEUR-	
VALLERY-RADOT	
SEZARY	

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER ...	
HEITZ-BOYER .	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ	
VELTER	
ECALLE	
LE LORIER	} Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL ..	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé
LEDoux-LEBARD
PHILIBERT, agrégé
RUPPE
WEIL-HALLE

Education physique.
Radiologie clinique.
Microbiologie.
Stomatologie.
Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MON PERE

*Qui représente pour moi l'exemple
d'une vie de labeur, d'honnêteté et de
droiture.*

A MA MERE

*Faible témoignage d'amour et de re-
connaissance.*

A MON FRERE EDOUARD

*Pour le remercier de son aide, de ses
conseils et du réconfort que son amitié
signifia pour moi durant mes études.
Qu'il trouve ici l'expression de ma re-
connaissance.*

A MES FRERES ET SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur CUNEO

Professeur de Clinique Chirurgicale

à la Faculté de Médecine

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Respectueuse reconnaissance.

A MON MAITRE

Le Docteur André RICHARD

Chirurgien en Chef des Hôpitaux Maritime
et Lannelongue de Berck

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Toute notre reconnaissance et notre
profonde gratitude pour l'accueil qu'il
nous a réservé dans son service et pour
la bienveillance qu'il nous a toujours té-
moignée.*

A MON MAITRE

Le Docteur BOQUIER

Assistant de l'Hôpital Lannelongue de Berck

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse. Nous lui exprimons ici nos remer-
ciements pour la bienveillance qu'il nous
a toujours témoignée et la reconnais-
sance pour l'aide qu'il nous a apportée dans
la mise au point de notre travail.*

A Messieurs les Docteurs

DELAHAYE, ALLARD, MOZER et PARRIN

Assistants de l'Hôpital Maritime de Berck

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur B. CUNEO.

Monsieur le Professeur P. CARNOT.

Monsieur le Professeur RATHERY.

Monsieur le Professeur COUVELAIRE.

Monsieur le Professeur GUILLAIN.

Monsieur le Docteur SAINTON.

Monsieur le Docteur HALBRON.

Monsieur le Docteur A. RICHARD.

INTRODUCTION

Les travaux publiés sur les ostéites tuberculeuses du pubis — affection rare — sont peu nombreux. C'est peut-être là, la cause de la méconnaissance habituelle de cette localisation.

La première des observations que nous avons retrouvée date de 1833 (Cooper). Puis Chassaignac, Terrillon et en 1873 Pozzi, publièrent des cas de tuberculose du pubis. Ce dernier auteur signale la présence d'une fistule dans la région juxta-anale.

La thèse de Gouilloud (1883) est le premier travail d'ensemble, dans lequel l'ostéite pubienne est étudiée avec les autres ostéites du bassin. Ollier publie déjà le premier article sur les résections du pubis.

Depuis, les travaux se sont multipliés. Dans sa thèse (Lyon 1900), Weitzel envisage les rapports de l'ostéite du pubis avec la coxalgie, Labeyrie, un an après, étudie au contraire, les ostéites de la symphyse proprement dite. La thèse de Dhéry (1906 Paris) consacrée à la forme de l'enfant suivit de près les travaux de Robert (Bordeaux 1903) et la thèse de Besset (Paris 1916) réunit les 56 observations publiées jusqu'à lui.

J.-M. Jorge (1909, dans *Revista de la Ass. Medica*

Argentina), Rendu et Wertheimer (*Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, avril 1920), Sorrel et Chauveau (*Soc. anat.*, nov. 1921) et en 1922 Druon et Synghedauw publièrent un certain nombre d'observations. Ceci a certainement contribué à une meilleure connaissance de cette affection et les exemples seront d'autant plus nombreux que les signes seront mieux connus. Néanmoins, cette localisation reste une des plus rares de la tuberculose osseuse.

Grâce à M. le Docteur Richard, chirurgien des Hôpitaux de Paris. Chirurgien-chef des Hôpitaux Maritime et Lannelongue, nous avons pu passer de longs mois dans ses services de Berck. Dans ce centre unique au monde où se trouvent réunis des milliers de malades atteints de tuberculose ostéo-articulaire, il nous fut donné de rencontrer plusieurs tuberculoses pubiennes et c'est sur les conseils et les indications de notre Maître que nous avons entrepris cette étude.

Nous sommes heureux de pouvoir, ici, le remercier et lui témoigner notre vive gratitude pour l'accueil bienveillant que nous avons toujours rencontré auprès de lui.

Nos remerciements s'adressent également au Docteur Bouquier qui, avec bonne grâce, nous a aidé à mettre au point ce travail; qu'il nous permette de l'assurer de toute notre sympathie.

ETIOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La tuberculose du pubis est une localisation osseuse peu fréquente.

L'influence du *traumatisme* est, semble-t-il, nulle, le pubis étant peu exposé aux chocs violents.

L'âge des malades est assez variable. Faisons seulement remarquer que la tuberculose du pubis apparaît vers la seconde enfance et qu'elle devient plus rare à partir de l'âge de trente ans.

L'Ecole lyonnaise, depuis la thèse de Gouilloud (Th. Lyon 1883), en se basant sur la date d'apparition des points d'ossification, a différencié deux variétés d'ostéites du pubis, suivant l'âge auquel elles apparaissent :

Les ostéites prépubertiques, lésant le point d'ossification primitif du pubis, et *les ostéites postpubertiques*, se manifestant au niveau des points d'ossification complémentaires. Cette hypothèse est un peu théorique et démontre par le fait, que l'on voit, en particulier, dans la deuxième enfance, la tuberculose atteindre aussi bien l'angle du pubis que la branche descendante ou horizontale.

Le sexe n'influe aucunement sur l'apparition de

cette ostéite, mais chez la femme, un fait semble démontré, c'est le rôle défavorable qu'exerce *la grossesse* sur une tuberculose du pubis, en cours d'évolution et qui, dans certains cas, peut aboutir alors à une rupture symphysaire.

La lésion élémentaire anatomique est la granulation : tout se passe comme sur n'importe quel autre point du squelette. Cependant, sur le pubis, l'aspect des lésions est un peu différent, car elles n'ont pas les caractères nets des ostéites des os plats.

Mais ce qui est pour ainsi dire constant dans l'évolution de toute tuberculose pubienne, c'est la formation de séquestres, qu'il faudra toujours avoir présente dans l'esprit, étant donné le gros intérêt qu'elle présente pour le pronostic. Une deuxième considération, non moins importante pour le diagnostic, est la formation des abcès froids à distance du foyer osseux. C'est à cause de leurs sièges anormaux, de leur migration, que nous voyons tant de malades opérés pour une appendicite, pour une hernie crurale ou inguinale. Il est donc indispensable de donner une description topographique exacte, du siège des abcès et des fistules.

Les abcès ne restent, pour ainsi dire, jamais sur place.. Suivant le siège de la lésion osseuse, le pus se dirige :

1° Vers la fosse iliaque ou le triangle de Scarpa, formant parfois des abcès en bissac, dans ces deux régions, en cas de *lésions de la branche horizontale*.

2° Vers la cavité cotyloïdienne et donnera naissance à une coxalgie — éventualité plutôt rare.

3° Quand les *lésions* siègent à la *face antérieure du pubis* le pus suit le droit interne pour s'ouvrir dans la région antéro-interne de la cuisse (Ménard, Mory, Sorrel) ou dans le pli inguino-scrotal chez l'homme (Gouilloud), inguino-labial chez la femme (Sorrel).

Chez les enfants, la lésion reste exclusivement osseuse, en ce sens que la symphyse pubienne est indemne, tandis que chez les adultes la symphyse est détruite par la suppuration et les fongosités. Cette différence tient à ce que chez l'enfant l'articulation est défendue contre l'envahissement tuberculeux, par un rempart cartilagineux, d'autant plus épais que le sujet est plus jeune. Chez l'adulte, le tissu osseux confine immédiatement au fibro-cartilage propre de l'articulation, dont la résistance à l'invasion tuberculeuse est moindre (V. Ménard).

SYMPTOMATOLOGIE ET EVOLUTION

La tuberculose du pubis se développe insidieusement. Les malades ne se plaignent, en général, que de fatigue légère, de douleurs vagues dans le bassin. Ils ne viennent habituellement réclamer des soins qu'à la période d'abcès et c'est alors que commence réellement l'histoire clinique.

Cette *marche insidieuse* de l'affection s'explique d'abord parce que la symphyse pubienne n'est le siège que de mouvements insignifiants; or, c'est justement la mobilité d'une articulation qui est la principale cause des phénomènes douloureux, lorsque celle-ci est le siège d'une infection. Ensuite, les pressions subies par les surfaces articulaires symphysaires, très peu accentuées. Labeyrie, en comparant le pubis et la symphyse à une arcade et non pas à un pilier — comme le membre inférieur — fait remarquer que les pressions, au niveau d'une arcade, agissent également sur toutes les parties constituentes, de telle sorte que chacune d'elles n'a à subir qu'une pression modérée.

Il n'est donc pas surprenant que les douleurs soient à peu près inexistantes, aussi bien au début de l'affection qu'à sa période d'état. Cependant, exceptionnellement, la maladie se révèle d'une manière brutale,

par de la fièvre et des douleurs aiguës, simulant une ostéo-myélite, dans un cas rapporté par Gangolphe. Dans d'autres observations, la douleur siège à distance du foyer pubien, à la hanche, par exemple, et cela contribue à égarer le diagnostic. Elle détermine une légère *claudication* que l'on différencie, par un examen attentif, de celle de l'arthrite coxo-fémorale.

L'examen clinique débute par la *palpation directe* de l'angle du pubis ou des deux branches horizontales descendantes, et, après, la *percussion* de la crête iliaque et de l'ischion. Il conviendra, en raison de la situation relativement profonde des branches pubiennes, de compléter l'examen par le *toucher rectal* et *vaginal* qui, seuls, permettent d'aborder l'arcade pubienne par sa face profonde.

L'attitude vicieuse des membres inférieurs constitue le signe physique le plus important à cette période. Cette attitude vicieuse est la conséquence d'une contracture musculaire : la *contracture des adducteurs* qui détermine l'adduction de la cuisse. L'extension est parfois légèrement limitée et la traction de la cuisse en arrière est douloureuse.

Le symptôme capital c'est la *limitation des mouvements d'abduction* de la cuisse. Lorsque l'on tente cette manœuvre, le droit interne et les adducteurs forment une corde tendue sous la peau, dont la résistance ne peut être vaincue que par des efforts énergiques, toujours douloureux pour le malade.

L'examen radiographique, à cette période fera déjà voir au niveau du siège initial de la lésion, une zone claire de *décalcification de l'os*.

Mais le plus souvent, ce sont les abcès ossifluents, qui constituent le symptôme principal, parfois même l'unique symptôme de la maladie et c'est à cause d'eux que les malades seront venus consulter. Ils se présentent avec les caractères habituels des abcès tuberculeux : indolence, chronicité et tendance à l'ouverture et à la fistulation, et ceci de particulier : *leur migration*. Celle-ci, nous l'avons dit, peut à première vue prêter à confusion et les quelques notions anato-mo-topographiques nous permettent de comprendre leur siège à distance du foyer.

L'abcès franchement pubien est rare, l'épaisse couche aponévrotique qui tapisse la face antérieure de l'ogive pubienne empêchant le pus de se créer une issue directement en avant. C'est généralement, en dehors, vers les plans superficiels du périnée antérieur que la migration est plus facile.

Habituellement, l'abcès apparaîtra soit dans la région du pli génito-crural, proprement dite, soit dans les régions avoisinantes, telles que les bourses et les grandes lèvres, ou encore la face interne et supérieure de la cuisse (cas le plus souvent rencontré chez nos malades).

La fluctuation, dans tous ces cas, est facile à constater.

Les abcès fessiers sont très souvent douloureux. On les rencontre à la pointe de la fesse et, en raison de ce siège ischiatique, ils amènent parfois des troubles de compression nerveuse. La recherche de l'abcès à ce niveau devra se faire en plaçant la main parallè-

lement au sens des fibres musculaires (dirigées en bas et en dehors) à cause de la pseudo-fluctuation qui existe à l'état de relâchement des fibres musculaires.

L'abcès hypogastrique, loin d'être exceptionnel (Forgue), peut faire penser à de la rétention d'urine ou à une tumeur hypo-gastrique : kyste, fibrome ou grossesse. La fistulisation à l'ombilic (Kirmisson) pourra faire croire à l'ouverture d'une péritonite tuberculeuse, soit d'un kyste de l'ouraque ou d'un kyste entéroïde infecté (un cas observé par le Docteur Bouquier et une observation de Landrieu).

Plusieurs abcès chez un même malade peuvent coexister (Ménard) — 5 ou 6 fistules périarticulaires coxo-fémorales qui faisaient croire à une vieille coxalgie suppurée — et les abcès symétriques peuvent également se rencontrer (Heurteaux).

Non ponctionnés, les abcès, quel que soit leur siège, ont une tendance naturelle à se fistuliser. L'orifice externe des fistules siègera au point déclive des abcès; pli génito-crural pour les abcès des bourses et des lèvres, la pointe du triangle de Scarpa, la face interne ou plus rarement la face postérieure ou externe de la cuisse pour les abcès cruraux, marge de l'anus (Pozzi) ou à la pointe de la fesse, pour les abcès postérieurs de la branche descendante, enfin région hypogastrique ou ombilicale pour ceux qui ont une évolution supérieure.

L'exploration de ces abcès est d'une importance capitale pour le diagnostic. Dans plusieurs cas, c'est elle seule qui a permis d'affirmer le diagnostic in-

certain jusqu'alors. Elle se fera avec un instrument métallique malléable, sonde d'argent de préférence, ou même petit Béniqué. L'exploration sera patiente, sans brutalité, pour ne pas créer de fausses routes, et surtout répétée, si elle ne donne pas de résultats satisfaisants lors d'un premier examen. Le stylet ainsi manié, fera constater la présence d'un ou de plusieurs séquestres, mobiles dans une cavité; il ira buter contre l'os malade et donnera à l'explorateur cette sensation de « sucre mouillé ».

Enfin, la *radiographie*. Elle précisera, non seulement le siège et l'étendue des lésions, mais sera une indication principale de l'intervention. Les lésions apparaissent comme des taches blanches, marquant le foyer d'ostéite et, au milieu d'une zone claire due à la décalcification, des petites taches opaques montrant le séquestre. En cas d'abcès on aura souvent intérêt à injecter une substance opaque aux rayons X qui indiquera nettement l'origine de l'abcès ou de la fistule, en moulant son trajet.

COMPLICATIONS

Les complications, comme dans toutes les ostéo-arthrites tuberculeuses fistulisées, peuvent consister en poussées fébriles dues à l'infection secondaire des fistules, en extension des lésions à l'articulation de la hanche — exceptionnelle —, nous ne ferons donc que citer celles-ci, qui sont communes aux autres localisations bacillaires.

Nous avons volontairement omis, en parlant de la migration des abcès, de signaler le siège et l'ouverture tout à fait anormale de certains d'entre eux, dans la vessie, ou de l'envahissement de la symphyse pubienne par les abcès. Ce sont là des complications qui vont retenir toute notre attention à cause de leur fréquence, des troubles qu'ils occasionnent et qu'il est important de bien connaître.

1° *Les complications uréthro-vésicales* se manifestent par une excitabilité vésicale due à la présence d'un abcès froid au voisinage du col de la vessie et de l'urètre membraneux, hyperexcitabilité qui amène une *incontinence des urines* (Pozzi). Ces dernières ne sont d'ailleurs pas troubles et la miction n'est pas douloureuse. Il en est tout autrement pour un abcès qui, développé dans la cavité de Retzius, perfore la

vessie et y vide son contenu. Dans ces conditions, des phénomènes de cystite se traduisent par des mictions plus fréquentes, légèrement douloureuses et surtout des *urines purulentes*.

L'infection reste le plus souvent localisée et ne s'accompagne ni de fièvre, ni de propagation par voie ascendante à l'arbre urinaire. Ollier fait remarquer que cette ouverture amène plutôt une autre complication, celle-ci d'ordre mécanique. Les séquestres, qui viennent stagner dans la vessie, s'y recouvrent de dépôts phosphatiques et uratiques et donnent naissance à de gros calculs. Ollier a dû même en broyer un de ces graviers au moyen d'un lithotriteur.

Dans certains cas, l'abcès peut s'ouvrir à la fois dans la vessie et à l'extérieur (au périnée ou à la paroi abdominale) et établir ainsi une fistule urinaire, dont l'infection secondaire peut devenir le point de départ de complications nouvelles.

2° Une autre complication, qui présente une plus grande gravité, c'est *l'envahissement de la symphyse pubienne* qui survient exceptionnellement chez l'homme (Dolliger). Elle est plus fréquente chez la femme, sans doute en raison des phénomènes de congestion se produisant à ce niveau au cours de la puerpéralité. Nous avons déjà montré que la rupture de la symphyse pouvait constituer le symptôme révélateur d'une tuberculose pubienne, méconnue jusque là et donner lieu aux accidents les plus graves. Holmes, Labeyrie et Heurteaux incriminent nettement l'infiltration bacillaire de la symphyse, comme cause de

cette rareté obstétricale qu'est la *rupture symphy-saire*. Sous l'influence de la poussée fœtale ou à l'occasion d'une application de forceps, la femme ressent une douleur vive, accompagnée d'un craquement; la région pubienne se tuméfie et l'accouchement, dès lors, rapidement terminé, laisse à sa suite de graves désordres : rupture de la paroi antérieure du vagin (Cholmogorow), disjonction des deux pubis que l'on constate en percevant, par le toucher vaginal, un sillon profond qui les sépare l'un de l'autre, sur la ligne médiane; les deux cuisses sont rejetées en dehors par l'éloignement des cavités cotyloïdes.

L'évolution de cette complication comporte un pronostic réservé. L'infection était la règle autrefois (Gosselin, Ulsamer, Gleyne) : les frissons, la fièvre annonçaient l'apparition du phlegmon urinaire qui fuse dans la cavité de Rétzius et vers les fosses iliaques. La malade peut être emportée par une septicémie à marche extrêmement rapide. Les lavages antiseptiques, les antiseptiques internes diminuent les risques d'infection et le pronostic s'en trouve amélioré. Néanmoins, dans ces cas la guérison une fois obtenue, des troubles fonctionnels lui succèdent et la démarche est le plus souvent compromise d'une manière définitive.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la tuberculose du pubis est un de ceux que l'on fait le plus rarement, semble-t-il, dans la pratique courante. L'insidiosité, la latence des symptômes et des signes, leur manifestation loin de l'origine, font que l'on ne pense pas à la localisation pubienne. Aussi avons-nous rencontré des malades opérés pour un abcès dont on méconnaissait l'origine. Certes, au début le diagnostic est difficile à faire; toutes les affections douloureuses de la région pubienne, depuis les douleurs de croissance juxta-symphysaires des adolescents, jusqu'aux phénomènes douloureux symptomatiques d'une lésion utéro-annexielle ou même appendiculaire, voire vésicale, ont pu être confondues avec une ostéite pubienne commençante.

Par un examen superficiel, les douleurs pourront être mises sur le compte d'une *névralgie sciatique*. Cependant, elles en diffèrent totalement par leur siège, leur intensité et leur irradiation.

L'arthrite rhumatismale gonococcique, avec sa prédilection pour les petites articulations, ne retiendra notre attention que lorsque l'anamnèse nous aura appris l'existence d'une blennorragie récente, mal soi-

gnée; encore plus, si le gono est trouvé par les examens de laboratoire à ce moment.

Exceptionnellement, le début peut se faire par des phénomènes aigus : fièvre et douleurs vives; on pensera à une *ostéo-myélite aiguë*, mais on se souviendra de l'évolution de cette dernière maladie, avec son cortège de symptômes beaucoup plus graves, pour éviter l'erreur. Il est d'ailleurs exceptionnel que le médecin voit le malade à la période des phénomènes douloureux. En pratique, il aura à se prononcer sur l'origine d'un abcès fistulisé ou non et c'est à cette période que l'erreur est plus facile. La véritable cause d'erreur est l'anomalie de siège des abcès et c'est pourquoi il ne faudra pas se contenter d'un examen trop succinct. L'abcès pourra être pris pour une *hernie inguinale ou crurale* — pour peu que la tumeur soit impulsive à la toux —, pour un *kyste du canal de Nüch* ou encore pour un *kyste des glandes de Bartholin*. La ponction et l'examen du contenu de ces collections leveront tous les doutes.

L'adénite bacillaire du triangle de Scarpa se traduit par la présence d'une tumeur multilobulée et parfois fluctuante; pour la différencier d'avec l'abcès froid d'origine pubienne qui a gagné le Scarpa il faudra rechercher avec beaucoup de soins les points douloureux osseux.

Il convient également d'éliminer deux affections qui, à un examen rapide, pourraient en imposer pour une lésion pubienne, *le mal de Pott* et *la coxalgie*.

Dans la première, les douleurs ou l'abcès peuvent

précéder la gibbosité et la constatation du siège de l'abcès, des douleurs à la percussion des apophyses vertébrales et surtout la rigidité segmentaire de la colonne, nous feront compléter l'examen par une radiographie de la région qui tranchera le diagnostic.

Le diagnostic avec la *coxalgie* est plus difficile. La douleur initiale avec ses irradiations rappelle celle de la tuberculose pubienne, quoique cependant plus vive et s'accompagnant souvent de la gonalgie caractéristique. C'est sur l'étude des commémoratifs, la recherche méthodique des mouvements actifs et passifs, la radiographie que se basera le diagnostic.

L'exploration des fistules pourra, dans nombre de cas, préciser l'origine pubienne. En dernier ressort, c'est toujours la radiographie qui viendra aiguiller le diagnostic sur la bonne voie.

En résumé, nous retiendrons comme éléments primordiaux du diagnostic précis et précoce *l'examen clinique* qui devra être minutieux et comprendra la recherche méthodique des points douloureux; il sera utilement complété, chez la femme, par le toucher vaginal qui mettra parfois en évidence un point sensible à la région postérieure du pubis ou un abcès froid ayant migré dans cette direction. Enfin, la *radiographie* qui permettra de situer exactement le siège de la lésion et de rapporter à leur véritable cause les symptômes que nous avons énumérés et qui peuvent se rattacher à la plupart des affections bacillaires du bassin.

TRAITEMENT

Si l'anatomie pathologique et la symptomatologie de la tuberculose du pubis sont bien connues, il nous a semblé, qu'au contraire, son traitement devait être précisé dans ses indications et sa technique.

Plusieurs faits dominant l'évolution des ostéites du pubis et, par conséquent, conditionnent leur traitement. Nous les avons déjà signalés mais, en raison de leur importance, nous tenons à les mettre encore en évidence, car ils sont à la base des indications thérapeutiques.

Le diagnostic précoce de la maladie est exceptionnel ou presque. Les abcès, les séquestres et leur migration constante sont le second caractère de ces ostéites. Enfin, chez l'adulte la prise de la symphyse pubienne est la règle. Dans ces conditions le traitement conservateur, s'il peut donner des succès, ne le fera qu'exceptionnellement. Il doit être toujours tenté, surtout chez l'enfant où il n'est pas rare de voir guérir spontanément les ostéites à forme de spina ventosa.

Les bases du traitement conservateur comportent une partie climatique, hygiénique et orthopédique. Le climat qui convient le mieux, à moins de contre-indications pulmonaires, est le climat marin. Il semble

que parmi toutes les côtes françaises ce soit les côtes de la Manche et en particulier celles qui sont comprises entre l'embouchure de la Somme et les falaises du Pas-de-Calais qui conviennent le mieux. Le climat rude produit des poussées congestives favorisant la limitation des lésions et la récalcification des os. La cure héliο-marine qu'il est facile d'appliquer au bord de la mer trouvera son indication pendant cette période que nous pouvons appeler la *période d'attente*. Nous ne saurions trop répéter le conseil du Professeur Sorrel : « La grande règle de la non-intervention précoce dans la tuberculose osseuse doit être suivie ici comme ailleurs. »

Lorsque la radiographie aura confirmé l'évolution clinique et montré que les lésions se sont stabilisées, la période d'attente prendra fin et on pourra songer à une intervention chirurgicale dont les résultats seront d'autant meilleurs qu'elle aura été pratiquée dans un milieu où le malade aura à sa disposition toutes les ressources climatiques, hygiéniques et orthopédiques. De plus en plus il faut se faire à cette idée que la tuberculose osseuse doit être traitée non pas dans les hôpitaux des grandes villes, mais dans des centres, où des spécialistes connaissant à fond l'évolution de cette maladie, pourront poser d'une façon certaine les indications du traitement. Il est malheureusement assez rare de voir arriver les malades au début de leur lésion. Le plus souvent ils sont porteurs d'abcès ou de fistules, c'est pourquoi nous allons envisager le traitement aux trois périodes de la mala-

die : *ostéites simples, ostéites avec abcès, ostéites avec fistules* (infectées ou non). En tous les cas il ne faut pas intervenir chez les malades ayant un mauvais état général ou en pleine bacillémie.

Chez l'enfant à la période d'ostéite simple, il ne faut pas hésiter à opérer si la radiographie montre la présence d'un foyer nettement circonscrit avec un séquestre dans la cavité; la guérison est rapide.

Chez l'adulte, surtout s'il s'agit d'une femme jeune, il ne faudra pas oublier les dangers considérables que lui ferait courir une grossesse intercurrente, par l'aggravation de la lésion et qui pourrait être, au moment de l'accouchement, la cause de graves désordres.

1° L'envahissement de la symphyse pubienne étant la règle, on doit intervenir pour enlever les lésions et, théoriquement, par une greffe ostéo-périostique, rétablir l'équilibre du bassin et empêcher les douleurs consécutives que la marche augmente de plus en plus. A vrai dire, la greffe n'est utile que chez les femmes jeunes ayant une dislocation; elle est souvent impossible à cause des fistules et des séquestres.

a) Pour l'incision, à l'encontre des auteurs qui ont préconisé l'incision *basse*, pour l'opposer à celle que d'autres ont appelée *haute*, nous conseillons de choisir toujours la voie d'abord, *selon la localisation*. La moins mutilante est l'incision *haute* en V ou en C renversé à convexité supérieure faite au niveau du bord antéro-supérieur du pubis. De plus, cette incision est esthétique, cachée ensuite par les poils. Chez

l'homme, une fois les plans incisés avec prudence, par l'incision haute, avec la rugine on rabat vers le bas les parties molles qui pourraient gêner et on a les lésions sous les yeux.

b) La trépanation de l'os est facile, ainsi que le curettage des foyers et l'enlèvement des séquestres.

c) Pose des greffons — selon les indications citées — ostéo-périostiques souples pour combler la cavité et d'un greffon rigide pubo-symphysaire.

d) Fermeture des plans superficiels, sans drainage.

2° Chez les malades porteurs d'abcès, le traitement comprend d'abord la ponction des abcès et leur évacuation. Dans la majorité des cas il disparaissent en 6 à 8 mois, sauf si un séquestre ne s'est pas échappé de la cavité osseuse pour se nicher dans un diverticule de l'abcès. Dès que les collections ont disparu le traitement sera celui que nous avons indiqué dans les ostéites sans abcès.

3° Chez les malades porteurs de fistules non infectées, il faut toujours enlever les séquestres dès qu'il y a fistule, afin qu'elles puissent se fermer et éviter ensuite l'infection secondaire. En général la cicatrisation se fait très rapidement car le foyer osseux n'existant plus, les trajets fistuleux se combleront vite d'eux-mêmes.

L'héliothérapie est un puissant adjuvant du traitement post-opératoire.

Lorsqu'un malade est porteur de fistules infectées il faut commencer par s'attaquer au foyer, mais on ne devra pas essayer d'obtenir une fermeture par pre-

mière intention. L'exposition au soleil contribue à combler la cavité osseuse de la profondeur à la superficie et au prix d'une cicatrice qui n'est nullement disgracieuse on arrive à obtenir la cicatrisation d'une lésion infectée secondairement. Il s'agit en somme d'une ostéo-myélite chronique secondaire, les fistules qui partent de la lésion n'étant plus alimentées, se ferment rapidement.

Telles sont les indications du traitement opératoire. Les résultats sont généralement très satisfaisants. Dans 50% des cas, guérison rapide après intervention, et amélioration certaine dans les autres cas qui ne guérissent qu'après une seconde intervention, rarement plusieurs, à cause de l'infection secondaire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Raymond L..., 26 ans, cultivateur, opéré pour *adénite génito-crurale* en février 1920. Début de la maladie actuelle par des douleurs persistantes dans le bassin et aux extrémités de la cicatrice opératoire.

Radio pratiquée le 10 avril 1920, montre une lésion de la surface angulaire du pubis gauche avec géode ouverte au niveau de la symphyse et un séquestre.

Guérison après trois interventions (1 débridement de la fistule le 2 mai 1922 et deux curettages le 23 janvier 1933 et 22 mars 1933).

Procédé : voie haute (C renversé).

La guérison se maintient depuis la dernière intervention (il y a 4 ans).

OBSERVATION N° 2

Adonis P..., 30 ans, conducteur d'auto, ostéite du pubis droit et gauche, début en 1925, par gêne et douleurs dans les cuisses. Apparition 15 jours après d'une grosseur entre le testicule gauche et la face interne de la cuisse du même côté. Opéré, il sort guéri le 14 juillet 1925. Deux ans après (septembre 1927), apparition d'une grosseur dans l'aîne droite qui fistulise rapidement à la partie postéro-interne de la cuisse droite et réouverture au niveau de la cicatrice opératoire gauche d'une fistule. Ap-

parition d'une prostatite avec plusieurs petits abcès (esquilles). Guérison de cette prostatite en juin 1928. Reprise de la vie normale jusqu'en juin 1929 quand apparaissent deux fistules à droite.

Radio pratiquée à ce moment montre de grosses lésions destructives des deux pubis. Un séquestre, derrière le trou ostéo-pubien, d'un côté (non repéré sur la radio).

Subit 4 interventions (une pour débridement de fistule, le 1^{er} avril 1930) et trois évidements avec curettages de la géode évidente; on enlève chaque fois de nombreux petits séquestres, sauf pour l'intervention du 16 décembre 1930 (la 3^e), quand on sort un séquestre de *un centimètre sur un centimètre*.

Cicatrisation complète le 18 décembre 1931. Même procédé opératoire. La guérison se maintient depuis.

OBSERVATION N° 3

Marcel D..., 24 ans.

Ostéite de la branche ilio-pubienne gauche, guérie sans intervention.

Début par douleurs dans la hanche gauche en septembre 1928. Plusieurs diagnostics sont portés alors par différents médecins, entre autres le Δ de coxalgie, de phlegmon et d'adénite iliaque volumineuse. Le malade ne présentait qu'une certaine gêne dans l'aîne gauche, un empâtement douloureux à ce niveau et une rougeur diffuse s'étendant sur cette région jusqu'à un endroit correspondant à la jonction des deux pubis.

Suppuration par un orifice d'ulcération sur la zone tuméfiée le 20 septembre 1926 et issue d'un séquestre volumineux par cet orifice.

Cicatrisation complète le 9 novembre 1926. Cicatrisation se maintient depuis 9 ans.

OBSERVATION N° 4
(Hôpital Lannelongue.)

Mme Renée P..., 53 ans.

Ostéo-arthrite de la symphyse pubienne avec abcès fistulisé de la loge des adducteurs.

Début 1932 par abcès sus-pubien, fistulisé peu après, au niveau de la ligne blanche, à quelques centimètres au-dessous de l'ombilic.

Fistule tarie après deux ans de suppuration. Apparition, presque en même temps, d'une fistule à la face interne de la cuisse.

A la radio on voyait une grosse destruction des deux surfaces angulaires du pubis. Une caverne au niveau de la surface angulaire du pubis droit, près du bord supérieur.

Opérée en novembre 1935 (trois ans après le début de la maladie), quand on retire une dizaine de séquestres. Guérison complète fin avril 1936 (6 mois après l'intervention).

OBSERVATION N° 5
(Hôpital Lannelongue.)

M. Clément L..., 25 ans, chauffeur.

Ostéite du pubis droit survenue chez un malade ayant un mal de Pott de l'enfance guéri.

Début septembre 1934 par une petite tuméfaction dans l'aîne, fistulisée peu après, par 3 trajets. Pas de point douloureux spontané. A la pression, douleur vague de la face antérieure de la région pubienne.

Radio : grosse lésion de l'angle du pubis droit et de la symphyse.

Vers le mois de mai 1935, les fistules se tarissent et une nouvelle radio pratiquée à ce moment montre une

réparation nette des lésions. Pas d'intervention. Le malade sort le 7 juillet 1935 cliniquement guéri.

OBSERVATION N° 6
(Hôpital Lannelongue.)

M. Pierre B..., 23 ans, plombier.

Ostéite de la branche descendante du pubis gauche.

Début en août 1933 par un abcès périnéal, fistulisé peu après. Opéré par M. Cadenat, à Lariboisière, pour ostéite de l'ischion gauche. Arrivé à Berck en février 1935 avec une fistule périnéale. La suppuration se tarit peu à peu et le malade part en mars 1935 pour raisons disciplinaires.

L'orifice de la fistule, à son départ, était incathétérisable et les radios montraient une recalcification nette au niveau des lésions antérieures.

OBSERVATION N° 7

Marcel G..., 25 ans.

Ostéite du pubis droit et de la symphyse. Début à l'âge de 21 ans par un abcès inguinal droit, fistulisé. Fermeture de cette fistule après 11 mois de suppuration. Un mois après, apparition d'une fistule à la face postérieure de la cuisse droite.

Suppuration abondante durant plus d'un an. Ablation d'un gros séquestre par incision large après agrandissement de l'orifice osseux en juin 1933 (deux ans après le début de la maladie). Elimination d'autres petits séquestres par une fistulette résiduelle, pendant plusieurs mois encore.

Guérison complète 6 mois après l'intervention.

OBSERVATION N° 8

H. 6 (5 1/2). Début il y a 18 mois par claudication, suivie 6 mois après de l'apparition dans la région des adducteurs droits, d'un abcès qui se fistulise ultérieurement et s'accompagne d'une tuméfaction dure de la région avoisinante. Hanche libre. Pas d'adénopathie rétro-crurale. Ostéite de la branche descendante droite avec cavité et séquestre. Une première intervention (curettage et évidement) laisse à sa suite une fistule peu importante, mais persistante. Une deuxième intervention (un an plus tard) montre l'absence de fongosités et de séquestres mais seulement du tissu fibreux au niveau du trajet fistuleux. Héliothalassothérapie.

Guérison en 4 mois.

OBSERVATION N° 9

H. 7 (4 1/2). Début il y a 2 ans et demi par douleurs au niveau de la jambe gauche. Puis apparition d'un abcès périnéal se fistulisant. Une première intervention sans résultat ; persistance de la fistule périnéale. Hanche libre. Ostéite de la br. ischiopubienne avec extension sur la tubérosité ischiatique et perte de substance due à l'intervention antérieure. Au cours de la deuxième intervention : débridement de la fistule et curettage d'une cavité renfermant des fongosités mais pas de séquestres. Héliothalassothérapie. Guérison en 8 mois (3 ans après le début).

OBSERVATION N° 10

H. 15 1/2. Fistule inguinale droite. Séquestration de toute la branche ischio-pubienne droite ; carie de la surface angulaire et de l'origine de la branche horizontale.

Séquestrectomie, curettage, tamponnement. Héliothalasso-thérapie. 6 mois plus tard fermeture des fistules qui se rouvrent pour suppurer légèrement. En outre : Pott cervical et O.A. du coude.

⌘
OBSERVATION N° 11

H. 5 1/2. Début il y a 6 mois par douleur au niveau des deux jambes. Puis abcès de la région inguino-scrotale gauche se fistulant. Douleur à la pression de la br. ischio-pubienne. Lésions importantes de cette branche avec, semble-t-il, petit séquestre de la br. descendante. Héliothalasso-thérapie. Spontanément et rapidement la fistule se ferme. L'évolution totale n'a pas duré plus de 8 mois.

CONCLUSIONS

I. — La tuberculose pubienne est une affection rare.

II. — Les lésions se manifestent sur le corps du pubis, la branche horizontale, la branche descendante et restent exclusivement osseuses chez l'enfant. L'envahissement de la symphyse, rarement primitif, est l'apanage des formes cliniques de l'adulte.

III. — Tout l'intérêt de cette localisation réside dans *la formation constante de séquestres* et la migration des *abcès froids à distance du foyer osseux*.

IV. — Marquée par un début insidieux — douleurs vagues et fatigue légère, claudication, attitude vicieuse de la cuisse (du côté correspondant à la lésion) en flexion légère et adduction, — la tuberculose du pubis se révèle le plus souvent par l'apparition d'un abcès froid.

V. — Les abcès d'origine pubienne se font jour vers le périnée, dans la région du pli génito-crural, vers la région hypogastrique, voire l'ombilic lui-même, à la face interne et supérieure de la cuisse, dans

la fesse. Leur tendance à l'ouverture est dans le caractère même de tout abcès tuberculeux. Dès lors, les malades, menacés par l'infection secondaire de leurs fistules, présentent des lésions d'ostéomyélite surajoutée qui prolongent la durée et aggravent le pronostic de la maladie.

VI. — L'exploration des fistules est capitale pour le diagnostic. Faite avec un stylet, elle conduit l'explorateur à l'origine pubienne et lui fait constater la présence d'un ou plusieurs séquestres.

VII. — Parmi les complications il nous faut retenir celles qui ont trait à l'infection secondaire des fistules, les complications dues à l'ouverture d'un abcès dans la vessie et surtout la prise de la symphyse pubienne par le processus tuberculeux; complications plus fréquentes chez la femme et survenant chez cette dernière lors d'un accouchement. Cause, enfin, de disjonction des deux pubis.

VIII. — Le diagnostic sera le plus souvent celui d'un abcès froid. Pour le différencier d'avec l'abcès d'une ostéite juxta-articulaire de la branche, d'un mal de Pott, d'un ganglion tuberculeux, du triangle de Scarpa, on se basera sur un examen clinique minutieux complété par la radiographie.

IX. — Le traitement conservateur sera tenté surtout chez l'enfant en raison de l'intégrité habituelle de la symphyse et de la tendance à la guérison spon-

tanée des formes cliniques de l'enfant. Il comportera trois parties : climatique, hygiénique, orthopédique.

Pour les formes à foyer circonscrit, fistulisées, avec présence d'une cavité renfermant un ou plusieurs séquestres, l'intervention sanglante s'imposera. On pratiquera le curettage du foyer et l'enlèvement des séquestres.

Dans les formes étendues on pourrait être amené à réséquer plus ou moins atypiquement un pubis.

Les cas graves et infectés secondairement sont, non seulement justiciables de l'évidement du foyer et du débridement des fistules, mais encore d'un large drainage.

La pose d'un greffon rigide pubo-symphysaire restant réservé aux cas de dislocation douloureuse, où elle améliore la marche, supprime les douleurs et rétablit l'équilibre du bassin.

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNSPERGER. — *Deut. Z. Klin. Chir.*, t. XLIII, p. 197.
- BAGG. — Idiopathie necrosis of pubic bones (*Homeopath. Med. Soc.*, N. X., 1880, tome 1).
- BARBRY. — De l'ostéomyélite pubienne des adolescents (*Thèse Lille*, 1903).
- BEER. — Periostitis and ostitis of symphysis and rami of pubis following suprapubic cysto-tomies (*J. Urol.*, 20, 233-236, Aug. 1928).
- BESSET. — Contribution à l'étude de la tuberculose du pubis (*Th. Paris*, 1916).
- BACKEL. — Tableau des résections non articulaires et des évidements osseux (Strasbourg 1879).
- BROCA. — *Chirurgie infantile*, p. 482.
- BUNGNER. — Uber die Tuberkulose der symphysis ostium pubis (*Archiv. fur Klin. Chir.* Banb XXV n° 891).
— (Verhandlungen der Klinik Deutsch. Gesellschaft fur Chirurgie Kongress, 1899, 11, § 579).
- BUSCH. — Necrosis der Beckenknochen (*Gunzburg Zeitschrift*, Breslau 1857, t. III, § 432).
- CAMPENON. — Destruction du cartilage qui unit l'ilium, l'ischion et le pubis (*Soc. Anat.*, Paris 1871, in. *Thèse Rudaux*).
- CASTRO-SAFFIA. — La tuberculose (*Th. Paris*, 1884).
- CAZAL. — 84 cas de coxalgie (*Th. Montpellier*, 1904).
- CHASSAIGNAC. — *Traité de la suppuration et du drainage chirurgical*, t. II, p. 664.

- CHOLMOGOROW. — Eitrige Enzündungen der symphysis ossium pubis (*Vrach*, 1898, n° 5, *Zentralblatt in chirurgie*, 1897, s. 101).
- CLARKE. — Pelvic Tuberculosis (*Journal Amer. Med. Ass.* Chicago 1899).
- CLELAND. — Pyema Following acute infective periostitis of pubis in case of miscarriage (*J. Obst. et Gynec. Brit. Emp* 39, 599-600, 1932).
- COROMITAS. — Tuberculose du pubis et salpingite double tuberculose (*Ann. de Gynec.*, t. XLVI, p. 460).
- COOPER. — *Dictionnaire pratique de Méd. et Chirurgie*, article : BASSIN.
- DELORME. — Sur un cas d'ostéite tuberculeuse du bassin (*Soc. Chir.*, Paris 1886).
- DEMOULIN. — Ostéomyélite chronique d'emblée (*Th. Paris*, 1888).
- DESTOT. — Congrès français de chirurgie, Paris 1897.
- DHERY. — La tuberculose du pubis chez l'enfant (*Th. Paris*, 1906).
- DUMUIS. — Observ. sur un cas de carie du bassin (*Journ. Méd. Chir. Pharm.*, Paris 1813).
- DUPLAY. — Des pseudo-coxalgies (*Gazette des Hôpitaux*, 1892).
- DURET. — Ostéite et nécrose du pubis (*Bull. Soc. Anat.*, Paris 1875).
- DOLLINGER. — Un cas de résection de l'articulation du pubis (*Centralblatt fur. Chir.*, 1892, n° 23).
- ETCHEPARE. — Des abcès ischio-rectaux (*Th. Paris*, 1893).
- FÉVRIER. — *Archiv. Médecine Militaire*, 1895.
- FOLLIN et DUPLAY. — *Traité de pathologie externe*, t. VI, p. 346).
- FORT. — Cas remarquable de carie des os du bassin (*Gaz. Hôp.*, 1885).
- FORQUE. — Observation d'un cas de tuberculose du pubis avec abcès froid occupant la cavité de Retzius (*Montpellier Méd.*, n° 15).

- FRAISSE. — Disjonction de la symphyse pubienne (*Th. Paris*, 1882).
- GANGOLPHE. — Maladies parasitaires et inférieures des os longs (*Thèse Weitzel*, Paris 1894).
- GLENN. — Rupture of the symphysis of the pubis suppuration death. (*Lancet*, 7 octobre 1893).
- GMELIN. — Über die Krankheiten des symphysis ossium pubis (*Innaugural Dissert.* Tübingen 1854).
- GOUILLOUD. — Les ostéites du bassin (*Th. Lyon*, 1883).
- GRANT. — Sur un cas de nécrose de l'ischion et du pubis (*Lancet*, 1859).
- GUENEAU DE MUSSY. — Abscess de la symphyse pubienne (*Bull. Soc. Anat. Paris*, 1839).
- HALLOPEAU. — In *Thèse Maignet*.
- HENNIES. — 3 fälle von symphysentuberkulose (*Diss. Greifswald Klinik*, 1888).
- HERAJERVIEZ. — In *Wiener Medizin Blätter*, 1891, n° 8.
- HERZ. — Die Tuberkulose der Schambeinsymphyse (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, Bd LXIV, s. 217).
- HEURTEAUX. — In. *Bull. et mém. de la Soc. Chir.*, 1877).
- IRESKO. — De l'influence de la grossesse et de l'accouchement sur les ostéo-arthrites (*Thèse Paris*, 1883).
- JELLET. — A Clinical lecture on pelvie tuberculosis (*John Hopkin's Hosp. Bull.*, Baltimore 1902, n° 13).
- JORGE. — *Rev. de la Assoc. Medica. Argentina*, fév.-mars 1919, vol. XXX, pp. 171-172).
- JUGBER. — Ostéitis of Ischiopubie Ramus (*Quaderni. Radiol.* 5, 3-19, 1934).
- JOUCKHEERE et LECLERCQ. — L'ostéite tuberculeuse du pubis. La forme angulo-symphysaire (*Le Scalpel*, n° 51, décembre 1934).
- KIRMISSON. — Sur un cas d'ostéite tuberculeuse du pubis (*Journal des Praticiens*, août 1898).

- Fistule ombilicale symptomatique d'une tuberculose du pubis (*Presse Méd.*, juin 1914).
- KRESTSCHMER et SIGHTS. — Periostitis ans ostitis pubis following suprapubic prostatectomy ; report of case with recovery (*J. Urol.*, 23, 573-580, 1930).
- LABER. — Diss., Berlin 1906.
- LABEYRIE. — La tuberculose pu pubis et de la symphyse pubienne (*Th. Paris*, 1900).
- LANCE. — In. *Revue d'orthopédie*, 1901, p. 365).
- LENDET. — Notes sur un cas de tumeur blanche de la symphyse pubienne (Etudes de Path. et Chir. médicale), Paris 1891.
- MAUCLAIRE. — Des différentes formes d'ostéo-arthrite tuberculeuses et de leur traitement (*Th. Paris*, 1893).
- In. t. II du *Traité de Le Dentu et Delbet*.
- MÉNARD. — In *Revue d'orthopédie*, 1^{er} sept. 1896.
- In *Congrès Français de Chirurgie*, octobre 1897.
- In *Congrès Français de Chirurgie*, octobre 1902.
- Sur un cas de tuberculose du pubis (*Soc. de pédiâtrie de Paris*, 1906).
- In *Thèse Dhéry*, Paris 1906.
- MOIGNET. — Contribution à l'étude de l'ostéite tuberculeuse du pubis (*Th. Paris*, 1910-1911).
- MORY. — Ostéite tuberculeuse du pubis (*Bull. Soc. Chir.*)
- MOUCHET (Albert et Alain). — Ostéite fibreuse du pubis (*Le Sud Médical et Chirurgical*, juin 1934, p. 1.286).
- OLLIER. — *Traité des résections*, t. III, p. 926.
- *De la régénération des os*, t. II, p. 180.
- In *Thèse Gouilloud* (Lyon 1883).
- PALLISSON. — De l'ostéomyélite du pubis (*Th. Bordeaux*, 1912).
- PFAYFAIR. — Case of Necrosis of Pubis bones following deliwersy (*Transact. obst. Soc. London*, 1773, XV, 219).

- PAZZI. — Des fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur (*Th. Paris*, 1873).
- RENDU et WERTHEIMER. — Ostéo-arthrite de la symphyse pubienne (*Soc. des Sciences Méd.*, avril 1920). — *Presse Méd.*, mai 1920, p. 287.
- Un cas de tuberculose du pubis et de la symphyse (*Revue d'Orthop.*, 1922, n° 4).
- ROBERT. — La tuberculose du pubis (*Th. Bordeaux*, 1903-04).
- DE ROUVILLE. — In *Montpellier Médical*, sept. 1900.
- RUDEAUX. — Rupture de la symphyse pubienne pendant l'accouchement (*Th. Paris*, 1897).
- SECHEYRON. — De l'ostéomyélite du pubis (*Arch. de Méd. Génér.*, 1888, t. 1).
- SIEGFRIED. — Beitrag zur tuberkulose (*Sammlung klinische vorträge Chirurgie.*, 1912, n° 184, s. 662).
- SAPHRONIEFF. — Contribution à l'étude des ostéites tuberculeuses du bassin (*Th. Montpellier*, 1897-1898).
- SPEYER. — Sur la carie de la symphyse du pubis (*Arch. f. Gyn.*, Berlin 1920, CXIII, F. 2).
- SORREL et CHAUCHEAU. — Six cas de tuberculoses du pubis (*Soc. Anat.*, nov. 1921 ; *Presse Méd.*, nov. 1921, p. 934).
- SWYNGHEDAUW et DRUON. — La tuberculose de l'angle du pubis de la symphyse pubienne (*Gaz. Hôp.*, n° 26, 1923).
- TARNIER. — Art. des *accouchements*, t. II, p. 258 ; t. III, p. 358).
- TERRILLON. — In *Semaine Médicale*, 1884.
- THOMSCHKE. — Ostéomyélite du pubis (*Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, juin 1913).
- TILLMANNSS. — Die Tuberkulose der symphysis ostéum pubis (*Deutsche Chirurgie*, Lieferung 62 a. s. 422, Stuttgart 1895).

- TOURNEUX et CABANIÉ. — *Soc. Anat.*, déc. 1922.
- ULSAMER. — *Neue zeitschrift für Geburtskunde*, Berlin 1935, s. 217).
- VERNEUIL. — Deux cas d'ostéite du bassin (*Soc. Anat. Paris*, 1875).
- VEYRUNE. — Contribution à l'étude de la tuberculose du pubis (*Th. Montpellier*, 1902-03).
- VIARNAY. — Ostéite tuberculeuse du pubis avec envahissement de la symphyse pubienne (*Lyon Méd.*, 1903).
- VIGNARD. — In *thèse Labeyrie* (Paris 1900).
- WAHL. — In *Bayr. Ärztliches Intelligenz Blatt*, 1877, n° 4.
- ÆALTHER. — Art. ostéites du bassin, in *Duplay et Reclus*, t. VII, p. 38.
- WEITZEL. — Des ostéites du pubis et de leurs rapports avec la coxalgie (*Th. Lyon*, 1899-1900).
- WISARD. — Carie extra-articulaire des os du bassin (*Th. Genève*, 1886).
- ZWIELKE. — In *Charité Annalen*, 1882, t. XII, p. 559.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.	9
Etiologie et anatomie pathologique.	11
Symptomatologie et évolution.	15
Complications.	21
<i>a)</i> Complications uréthro-vésicales.	21
<i>b)</i> Rupture symphysaire	22
Diagnostic.	25
Traitement.	29
Observations.	35
Conclusions.	41
Bibliographie.	45



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

“ “ IMPRIMEURS-ÉDITEURS “ “

“ 42, QUAI GAILLETON, 42 “

“ “ “ “ LYON “ “ “ “



